

Aandacht gevraagd voor hepatitis C in de verslavingszorg

Esther Croes en Clary van der Veen*

Hepatitis C is een bloedoverdraagbare leverziekte met een hoge prevalentie onder (ooit-injecterende) drugsgebruikers. Veel patiënten zijn niet opgespoord en daarmee een bron voor verdere verspreiding. Afgezien van verdere transmissie, kan een onbehandelde infectie op termijn leiden tot ernstige complicaties en de kwaliteit van leven fors verlagen. Echter, de ziekte is behandelbaar en de behandeling heeft vaak tevens een gunstig neveneffect op het algemeen (maatschappelijk) functioneren van de patiënt. In dit artikel geven we argumenten die het belang van goede hepatitis C-zorg onderstrepen. Ook beschrijven we waarom de verslavingszorg een grote rol zou kunnen spelen juist in de zorg rond deze somatische aandoening, maar dat dit nog niet op grote schaal gebeurt. Die zorg zou zich idealiter uitstrekken van voorlichting en opsporing van dragers, tot ondersteuning bij de behandeling en nazorg om de verbeteringen in gezondheid en sociaal-maatschappelijk functioneren vast te houden. De behandeling zelf is overigens de verantwoordelijkheid van een leverspecialist in het ziekenhuis. Wij bepleiten een versterking van de hepatitis C-zorg aan drugsgebruikers vanuit de verslavingszorginstellingen.

Inleiding

Hepatitis C is een leverziekte die via bloed overdraagbaar is. Verschillende groepen hebben een verhoogd risico op hepatitis C, zoals harddrugsgebruikers, migranten uit gebieden waar hepatitis C endemisch is en ontvangers van een bloedtransfusie die voor 1992 plaatsvond.

* Dr. E.A. Croes is arts-epidemioloog en als senior wetenschappelijk medewerker verbonden aan het programma Drug Monitoring van het Trimbos-instituut te Utrecht. E-mail: ecroes@trimbos.nl.

Drs. C. van der Veen is cultureel antropoloog en was als wetenschappelijk medewerker betrokken bij verschillende hepatitis C-projecten van het Trimbos-instituut te Utrecht.

Volgens een al wat oudere schatting zijn in Nederland bijna twintigduizend drugsgebruikers blootgesteld geweest aan het hepatitis C-virus (HCV; Kretzschmar, 2004), wat volgens een andere, al even oude, schatting neerkomt op 63 procent van de ooit-injecterende harddrugsgebruikers (Wiessing e.a., 2004).

Exakte cijfers van drugsgebruikers besmet met HCV zijn echter niet voorhanden, vooral doordat de meeste patiënten niet zijn opgespoord. Dat komt doordat in het acute stadium twee derde tot drie kwart van de besmettingen onopgemerkt blijft. Ook speelt mee dat de tijdspanne tussen besmetting en het ontstaan van klinische symptomen wel twintig tot veertig jaar kan bedragen. Ten slotte zijn de klinische symptomen vaak aspecifiek - vermoeidheid en malaise; klachten waar drugsgebruikers vaak niet eens mee naar een huisarts gaan - waardoor de diagnose makkelijk wordt gemist. Een onopgespoorde en onbehandelde hepatitis C-infectie heeft echter ongunstige gevolgen voor de volksgezondheid, voor de gezondheid van de individuele drager en voor diens kwaliteit van leven, en is bovendien een economische kostenpost.

Argumenten vanuit gezondheidsperspectief

Niet-opgespoorde HCV-dragers vormen een bron voor verdere verspreiding van het virus. Daarom is het uit oogpunt van volksgezondheid zinvol dragers te identificeren en verdere verspreiding van het virus door hen te voorkomen. Dat kan door preventieve maatregelen, zoals veilig injecteren en andere voorzorgsmaatregelen om bloedbloedoverdracht te voorkomen (bijvoorbeeld niet delen van tandenborstels en scheermesjes) of beschermde seks (met name van belang bij invasieve technieken in seksuele contacten tussen mannen). Echter, deze maatregelen worden wel eens vergeten of zijn niet op het juiste moment beschikbaar. Een betere preventiewijze is het behandelen en virusvrij maken van de drager (Matser e.a., 2012).

Een tweede reden om een HCV-patiënt te behandelen, ligt op het niveau van de individuele gezondheid. Een onbehandelde besmetting kan op de langere termijn leiden tot ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren, leverschade en uiteindelijk de dood. Van de acute HCV-besmettingen leidt ongeveer 80 procent tot een chronische infectie. Wanneer de besmetting onbehandeld blijft, ontwikkelt 5-10 procent van de chronisch geïnfecteerde patiënten ernstige leverproblemen (zoals cirrose of een hepatocellulair carcinoom). Daarentegen kan een opgespoorde en behandelde HCV-infectie in 50-80 procent van de gevallen genezen (afhankelijk van het genotype van het virus), waarmee ernstige complicaties in de lever voorkomen kunnen wor-

den. Naar verwachting zullen de behandelresultaten nog verder verbeteren, dankzij recentelijk op de markt verschenen geneesmiddelen en andere, op korte termijn verwachte, geneesmiddelen. De geneespercentages van drugsgebruikers zijn vergelijkbaar met die van niet-drugsgebruikende patiënten (Lindenburg e.a., 2011).

Kwaliteit van leven

Een chronische infectie met HCV geeft een aanzienlijke verslechtering van de kwaliteit van leven. Een maat om de ernst van een ziekte uit te drukken is het zogenaamde ziektelastgewicht. In Nederland is het gebruikelijk om een ziektelastgewicht toe te kennen tussen 1,00 (goede gezondheid) en 0,00 (slechtst denkbare gezondheid). Voor een breed scala aan gezondheidscondities is een ziektelastgewicht bepaald. Een Nederlandse studie uit 2008 heeft specifiek de ziektelast van misbruik, afhankelijkheid en comorbiditeit van verschillende drugs en alcohol bepaald (Smit e.a., 2008). De studie laat zien dat het ziektelastgewicht van heroïneafhankelijkheid daalt van 0,57 naar 0,41 wanneer tevens sprake is van een chronische HCV-infectie; dat is een ernstige verslechtering van de kwaliteit van leven.

Anderzijds geldt dat als ‘bijwerking’ van de hepatitis C-behandeling veelal een verbetering van het sociaal en maatschappelijk functioneren optreedt. Juist bij drugsgebruikers speelt mee dat zij, om voor behandeling in aanmerking te komen, eerst hun leven enigszins op de rails moeten zien te krijgen. Uit de praktijk blijkt dat (actieve) drugsgebruikers die het zware traject van een hepatitis C-behandeling weten af te ronden, dit als een nieuwe start of keerpunt in hun leven zien (Croes & Van der Veen, 2012). Uit het verslavingsveld komen steeds meer anekdotes van behandelde HCV-patiënten die zichzelf weer als respectabele burger zien en actief gaan participeren in het sociale leven en in (vrijwilligers)werk.

Kostenpost

Naast redenen op gezondheidsniveau en dat van sociaal-maatschappelijk functioneren, zijn er economische argumenten om drugsgebruikers met hepatitis C te behandelen. Onbehandelde HCV-infecties bij drugsgebruikers kunnen tot substantiële kosten in de gezondheidszorg leiden (Postma e.a., 2004). Daarin speelt onder meer mee dat een chronische HCV-infectie tot de belangrijkste redenen behoort voor een (dure) levertransplantatie (Limburg, 2004). Ook een voormalige minister van VWS noemde hepatitis C een duur probleem voor de openbare gezondheidszorg (Hoogervorst, 2005).

Onderzoeksgegevens uit Nederland hebben echter laten zien dat een intensieve opsporingsstrategie om HCV-dragers onder drugsgebruikers op te sporen een kosteneffectieve interventie is (Helsper e.a., 2011). Bovendien zijn de kosten voor de behandeling van drugsgebruikers niet hoger dan in andere risicogroepen, bleek uit een 'real life'-studie naar de behandeling met ribavirine en peginterferon in Nederland (Helsper e.a., 2012). Per genezen patiënt werden de gezondheidszorgkosten geraamd op 28.500 euro (voor patiënten met een virus van genotype 1 of 4) en 15.400 euro (bij genotype 2 en 3). De auteurs concludeerden dat de medicatie de belangrijkste kostenpost is. In de multivariate analyses bleken variabelen als leeftijd, geslacht, somatische of psychiatrische comorbiditeit, ernst van de leverschade en injecterend drugsgebruik niet onafhankelijk geassocieerd met de behandelkosten (Helsper e.a., 2012). De enige onafhankelijke variabele was de behandelduur.

Niet zomaar een somatische aandoening

Uit het voorgaande kan worden geconcludeerd dat hepatitis C specifieke aandacht nodig heeft, vanwege elementen die niet gelden voor veel van de andere somatische aandoeningen waar probleemgebruikers van harddrugs mee te maken kunnen krijgen (zoals COPD, longkanker of dementie). Een chronische besmetting met hepatitis C is zowel naar anderen overdraagbaar als potentieel dodelijk op termijn voor de drager zelf. Ook geldt dat de ziekte behandelbaar is wanneer de drager is opgespoord. Behandeling levert niet alleen gezondheidswinst op, maar kan ook een positieve verandering in het algehele functioneren teweeg brengen. Bovendien zijn er vanuit behandelopspoint geen absolute contra-indicaties tegen het behandelen van injecterende of actieve drugsgebruikers, zelfs niet als zij drugs of alcohol blijven gebruiken of comorbide psychiatrische problemen hebben (Lindenburg e.a., 2011). Uit een recente Amsterdamse studie blijkt dat drugsgebruikers die actief drugs blijven gebruiken na een HCV-behandeling, slechts een kleine kans op HCV-herinfectie hebben (Grady e.a., 2012). (Actief) drugsgebruik kan daarom niet (meer) worden beschouwd als een contra-indicatie voor HCV-behandeling.

Waarom de verslavingszorg een grote rol heeft

In het gehele hepatitis C-traject - van voorlichting over hepatitis C, opsporing van besmette drugsgebruikers tot aan toeleiden naar en het ondersteunen bij de behandeling - heeft de verslavingszorg een belangrijke rol. Het ondersteunen bij de behandeling kent in de praktijk overigens verschillende varianten, van beperkte begeleiding tot het

overnemen van een groot deel van de HCV-behandeling door de arts in de verslavingszorg (zoals controle op bijwerkingen, zonodig aanpassen van doseringen, coaching door alle dieptepunten heen, medicatiebeheer en eventueel opname). Voor de duidelijkheid: de eindverantwoordelijkheid van de behandeling blijft liggen bij de MDL-arts, lever-specialist of infectioloog.

De kennis en kunde uit de verslavingszorg is in het hele hepatitis C-traject, van opsporing tot en met nazorg, om de volgende redenen van belang.

- Hepatitis C is een ziekte die typisch gerelateerd is aan drugsgebruik. Van alle hulpverleners heeft de verslavingszorg daarom vaak het beste zicht op het gelopen risico op een HCV-besmetting. Nederlands onderzoek toont dat een actieve benadering van harddrugsgebruikers in de verslavingszorg de opsporing van HCV verbetert (Helsper e.a., 2011). Ook uit de evaluatie van de landelijke hepatitis C-informatiecampagne (2009-2010) bleek een actief testaanbod, inclusief counselinggesprekken, succesvol in het opsporen van tot dan toe onbekende HCV-infecties in de verslavingszorg (Singels, 2010).¹
- De eigen hulpverleners binnen de verslavingszorg kunnen het best inschatten wanneer de patiënt in staat is de (zware) HCV-behandeling te volgen. Als onderdeel van de hele verslavingsbehandeling kan worden toegeWERKT naar een situatie waarin de HCV behandeling mogelijk is (zoals stabiliteit in gebruik, sociale situatie en comorbiditeit). Zonder een dergelijke voorbereiding komen de meeste drugsgebruikers niet in aanmerking voor HCV-behandeling.
- Binnen de verslavingszorg is de geëigende expertise voorhanden voor testen en begeleiding tijdens de behandeling (bijvoorbeeld wat betreft bloedafname bij moeilijke vaten, motiverende gespreksvoering, beheer van medicatie, opname bij slechte conditie als gevolg van de behandeling). De verpleegkundigen in de verslavingszorg zijn het best geëquipeerd voor de dagelijkse begeleiding van drugsgebruikers in een HCV-behandeltraject. Zij kennen de problemen van hun clientèle vele malen beter dan hun collega's in de hepatitiscentra.
- Zoals gezegd, leert de ervaring dat een goede voorbereiding op de behandeling (stabilisering op belangrijke leefgebieden) en de extra

¹ Uit dit rapport bleek dat het opsporen van HCV-dragers in populaties met een minder hoge prevalentie, bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk, niet (kosten)effectief is.

aandacht gedurende het behandeltraject veel drugsgebruikers motiveren om de bereikte positieve resultaten op de diverse leefgebieden vast te houden. De HCV-behandeling betekent voor velen een nieuwe start. Nazorg in de verslavingszorg is uitermate belangrijk om die gunstige ontwikkeling te bestendigen.

Knelpunt: geen grootschalige HCV-zorg in de verslavingszorginstellingen

Hoewel zowel de internationale wetenschap als de Nederlandse praktijk laten zien dat HCV-screening en (ondersteuning bij de) behandeling van drugsgebruikers goed mogelijk zijn, heeft de hepatitiszorg in de Nederlandse verslavingszorg hooguit een bescheiden plek. Slechts enkele instellingen hebben op een of enkele locaties een goed georganiseerd HCV-traject, maar op de meeste locaties is er nog geen structureel HCV-aanbod. Factoren op diverse niveaus spelen hierin mee (Croes & Van der Veen, 2011). Op het niveau van het HCV-traject zelf geldt dat de HCV-zorg complex en tijdrovend is en specifieke scholing vereist. Langdurige samenwerking met meerdere ketenpartners is noodzakelijk. Een campagnematisch georganiseerde voorlichting en opsporing, zonder dat in een vervolgtraject is voorzien (afspraken met het ziekenhuis), leidt tot een ‘ophoping’ van patiënten. Inbedding van het hepatitis C-traject in het reguliere zorgpakket ligt voor de hand, maar is vrijwel nergens de praktijk; misschien is het behandeltraject daar ook wel te complex voor. De *Richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB)* en de dit jaar verwachte *Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving* schrijven weliswaar voor om bij risicogedrag op HCV te testen, maar het vervolg bij een positieve testuitslag wordt in deze richtlijnen niet uitgebreid beschreven.

Ook binnen de instellingen zijn verschillende hindernissen te nemen. De instellingen voor verslavingszorg zijn groot - soms provincieoverschrijdend - en hebben een organisatorisch complexe structuur met meerdere lagen. De betrokkenheid van het management bij onderwerpen als infectieziekten is over het algemeen beperkt. Het management is echter de meest geschikte gesprekspartner om bijvoorbeeld te onderhandelen over een herverdeling van de DBC-financiering, in die gevallen waarin de verslavingszorg een substantieel deel van de begeleiding tijdens de hepatitis C-behandeling van het ziekenhuis overneemt. Ook afspraken met Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) over continuïteit van (hepatitis C-)zorg zouden op dit niveau gemaakt kunnen worden. Op de werkvloer komt een HCV-traject niet altijd goed

van de grond, door instabiliteit in teams van artsen en verpleegkundigen, onvoldoende geoormerkte uren en ‘verandermoeheid’ na de invoering van verschillende nieuwe werkwijzen in voorgaande jaren.

Daarnaast is in enkele praktische zaken nog een slag te winnen. Het registratiesysteem van veel instellingen is onvoldoende geschikt om alle activiteiten op het gebied van infectieziekten systematisch op te slaan en gemakkelijk terug te vinden. Er wordt nog steeds gewerkt met aparte Excel-bestanden of losse Word-documenten om de testuitslagen te registreren en de voortgang van de behandeling bij te houden. Idealiter zouden deze gegevens een eenduidige plaats hebben in het elektronisch dossier en zou de hulpverlener met ‘pop-ups’ herinnerd kunnen worden aan de te nemen vervolgstappen.

Ten slotte speelt mee dat behandelaren in het ziekenhuis soms terughoudend zijn met het aanbieden van een HCV-behandeling aan drugsgebruikers, uit vrees voor niet-optimale behandeltrouw, kans op psychiatrische decompensatie tijdens de behandeling, het risico op vroegtijdige sterfte en herinfectie na de behandeling (Grady e.a., 2012). Met het aanwijzen van gespecialiseerde hepatitiscentra concentreert de zorg zich sinds kort tot 45 ziekenhuizen, waardoor de ervaring met het behandelen van drugsgebruikers daar zal toenemen.

Meer aandacht voor hepatitis C

Wij pleiten voor een impuls aan de hepatitis C-zorg voor drugsgebruikers in de verslavingszorginstellingen. Afgezien van de in het voorgaande genoemde argumenten, willen we benadrukken dat hepatitis C-zorg uitstekend past in het Nederlandse ‘harm reduction’-beleid. In 2011 beklemtoonde de minister van VWS dat eveneens in haar ‘drugsbrief’: ‘[Er is] blijvende aandacht nodig voor (...) het screenen en behandelen van infectieziekten’ (Tweede Kamer, 2011). Een goed aangrijppingspunt zijn de recent herziene RIOB en de *Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving* die dit jaar wordt verwacht. Beide richtlijnen maken het eenvoudiger om de hepatitis C-opsporing en -behandeling in de reguliere zorgtakken te borgen. Daarnaast heeft de DJI in mei 2012 de *Richtlijn hepatitis C in detentie* uitgebracht, over voorlichting, screening en behandeling van hepatitis C in justitiële inrichtingen. In deze richtlijn wordt in het kader van continuïteit van zorg een nauwe samenwerking met ketenpartners zoals de verslavingszorg nagestreefd. Ten slotte zijn de behandel mogelijkheden de afgelopen jaren fors verbeterd, zoals met de recente beschikbaarheid van proteaseremmers en op korte termijn beschikbaar komende nieuwe middelen.

Onzes inziens is er alle reden om de hepatitis C-zorg in het reguliere aanbod in te bedden. Daarmee kan de verslavingszorg opnieuw een grote kwaliteitsslag maken.

Summary

Hepatitis C in addiction care: a call for attention

Esther Croes and Clary van der Veen

Hepatitis C is a blood-borne viral disease with a high prevalence among (ever injecting) drug users. Many patients have not been traced and are thus a source for further transmission. Besides further transmission, in the end an untreated infection may lead to serious complications and reduce quality of life. However, the disease is treatable and treatment often has a positive side effect on the general (social) functioning of the patient. In this article, we present arguments underscoring the need for good quality hepatitis C care. We also describe why the addiction care should have a leading role in this somatic disorder, but that in practice this care is only provided on a small scale. Ideally, hepatitis C care would range from counseling, advice and tracing of carriers, to support during treatment and after care, to maintain the improvements in health and social functioning that were obtained. It is of note that the treatment itself is under the responsibility of the liver specialist in hospital. We argue for a boost in the hepatitis C care for drug users from the addiction care.

Literatuur

Croes, E.A. & Veen, C. van der (2011). Hepatitis C in de verslavingszorg. De implementatie van de hepatitis C informatiecampagne. Utrecht: Trimbos-instituut.

Croes, E.A. & Veen, C. van der (2012). Hepatitis C in de verslavingszorg. De effectiviteit van de hepatitis C informatiecampagne. Utrecht: Trimbos-instituut.

Grady, B.P., Vanhommerig, J.W., Schinkel, J., Weegink, C.J., Bruisten, M., Lindenburg, C.E. & Prins, M. (2012). Low incidence of reinfection with the hepatitis C virus following treatment in active drug users in Amsterdam. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 24, 1302-1307.

Helsper, C.W., Borkent-Raven, B.A., Wit, N.J. de, Essens, G.A. van, Bonten, M.J., Hoepelman, A.I., Janssen, M.P. & Wit, G.A. de (2011). Cost-effectiveness of targeted screening for hepatitis C in The Netherlands. *Epidemiology and Infection*, 140, 58-69.

Helsper, C.W., Hellinga, H.L., Essen, G.A. van, Wit, G.A. de, Bonten, M.J., Erpecum, K.J. van, Hoepelman, A.I., Richter, C. & Wit, N.J. de (2012). Real-life costs of hepatitis C treatment. *Netherlands Journal of Medicine*, 70, 145-53.

Hoogervorst, H. (2005). Standpunt briefrapport Gezondheidsraad hepatitis C. Kenmerk PG/ZP 2.556.676 (17 februari).

Kretzschmar, M. (2004). De prevalentie van hepatitis C in Nederland. Bilthoven: RIVM.

Limburg, W. (2004). Natural history, treatment and prevention of hepatitis C in injecting drug users: an overview. In J. Jager, W. Limburg, M. Kretzschmar, M. Postma & L. Wiessing (Eds.), *Hepatitis C and injecting drug use: impact costs and policy options* (Scientific Monographs, volume 7, chapter 1). Luxembourg: EMCDDA/Office for Official Publications of the European Communities.

Lindenburg, C.E.A., Lambers, F.A.E., Urbanus, A.T., Schinkel, J., Jansen, P.L.M., Krol, A., Casteelen, G., Santen, G. van, Berg, C.H.S.B. van den, Coutinho, R.A., Prins, M. & Weegink, C.J. (2011). Hepatitis C testing and treatment among active drug users in Amsterdam: results from the DUTCH-C project. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 23, 23-31.

Matser, A., Urbanus, A., Geskus, R., Kretzschmar, M., Xiridou, M., Buster, M., Coutinho, R. & Prins, M. (2012). The effect of hepatitis C treatment and human immunodeficiency virus (HIV) co-infection on the disease burden of hepatitis C among injecting drug users in Amsterdam. *Addiction*, 107, 614-623.

Postma, M.J., Wiessing, L.G. & Jager, J.C. (2004). Updated healthcare cost estimates for drug-related hepatitis C infections in the European Union. In J. Jager, W. Limburg, M. Kretzschmar, M. Postma & L. Wiessing (Eds.), *Hepatitis C and injecting drug use: impact costs and policy options* (Scientific Monographs, volume 7, chapter 8). Luxembourg: EMCDDA/Office for Official Publications of the European Communities.

Singels, L. (2010). *Eindverslag hepatitis C informatiecampagne*. Woerden: NIGZ.

Smit, F., Laar, M. van, Croes, E. & Busschbach, J. (2008). *Ziektelastgewichten voor misbruik, schadelijk gebruik en afhankelijkheid van alcohol en drugs*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Tweede Kamer der Staten Generaal (2011). *Vergaderjaar 2010-2011. Drugsbrief*. Publicatienummer 24077 nr. 259.

Wiessing, L., Roy, K., Sapinho, D., Hay, G., Taylor, A., Goldberg, D. & Hartnoll, R., for the EMCDDA Study Group on drug-related Infectious Diseases (2004). Surveillance of hepatitis C infection among injecting drug users in the European Union. In J. Jager, W. Limburg, M. Kretzschmar, M. Postma & L. Wiessing (Eds.), *Hepatitis C and injecting drug use: impact costs and policy options* (Scientific Monographs, volume 7, chapter 4). Luxembourg: EMCDDA/Office for Official Publications of the European Communities.